Rok XXXIII. Kraków 13. Stycznia 1894 r. Nr. 2.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 31, Rue des Saints Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 197 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. GABRYSZEWSKI: O wartości kokainy w chirurgii. — II. WACHHOLZ: O połączeniach sinu z barwikami krwi (dok.). — III. *Oceny i sprawozdania.* Przyczynki do Anatomii patologicznej i Medycyny klinicznej, wydanie zbiorowe dla uczczenia prof. Brodowskiego (c. d.). — *Terapia.* SOKOŁOWSKI: Kilka słów w sprawie używania kreozotu w leczeniu suchot płucnych. — PELLICER: Bromoform przeciw krztuścowi. — ROBIN: Leczenie kamicy żółciowej. — *Choroby oczne.* BURCHARDT: Leczenie ostrego śluzoropotoku spojówki. — GREEF: Badania bakteryologiczne nad powstawaniem współczulnego zapalenia oka. — *Patologia.* ZAWADZKI: O siarkowodorze w żołądku rozszerzonym. — *Zapiski terapeutyczne.* IV. Dr. Władysław Jabłonowski. (Wspomnienie pośmiertne). — V. *Wiadomości bieżące.* — VI. *Ogłoszenia.*

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera w Krakowie.

O wartości kokainy w chirurgii.

Podał
Dr. Antoni Gabryszewski,
I. asystent kliniki.

Mija już dziesięć lat od chwili zastósowania leczniczego kokainy a napisano o niej w tym czasie tak wiele, obrobiono ją tak szczegółowo, że sprawę tę należałoby chyba uważać dziś za skończoną — a jednak, sądzę, że dobrze czynię ogłaszając świeżą pracę, zajmującą się tylokrotnie omawianym przedmiotem.

Czynię to zaś z kilku powodów: naprzód dlatego, aby raz położyć koniec niedokładnym lub wręcz fałszywym twierdzeniom o tym środku, jakie dziś jeszcze napotkać można w podręcznikach naukowych; następnie z tej przyczyny, że dotąd w naszej literaturze lekarskiej niezmiernie mało ogłoszono w tym względzie; w końcu i to głównie z powodu nabytego przekonania, że sprawa miejscowego znieczulania kokainą nie zyskała sobie u nas w kraju ani uznania ani rozpowszechnienia, na jakie zasługuje bezsprzecznie.

Chodzi mi głównie o lekarzy praktycznych, dla których środek ten odpowiednio użyty, powinien być prawdziwem dobrodziejstwem, pomocą i wielkiem ułatwieniem. Pomijam tu jeszcze dalej idące (choć wprost sobie przeciwne) kwestye interesu i humanitaryzmu, bo toby nas zadaleko zaprowadziło; to rzecz przecież niewątpliwa, że lekarz ma obowiązek w miarę swych sił i środków nieść ulgę każdemu choremu lub oszczędzać mu cierpień.

Przez wieki całe dręczona ludzkość odetchnęła z chwilą wynalezienia narkozy eterowej i chloroformowej; sale operacyjne podobne do inkwizycyjnych lochów przybrały spokojniejsze i więcej ludzkie wejrzenie — dziś wydaje się prawie niepojętem, jak można było bez uśpienia wykonywać spokojnie ciężkie i tak długie operacye, jak można było godzić się na nie i je przetrzymywać.

Czyżby się dzisiaj poważył kto, bez bardzo ważnej przyczyny, męczyć chorego bez narkozy, ucinać mu nogę, rękę, łamać kości, resekować stawy i t. p.

A jednak porównanie bardzo bliskie; czy godzi się sprawiać choremu, choćby mały i krótki ból, jeżeli można mu go ująć? Niestety, dzieje się tak przecież nieraz.

Po szpitalach i klinikach idzie niekiedy odprawianie chorych, że się tak wyrażę, fabrycznie; materyał musi być odrobionym, niema czasu (rzeczywiście nieraz już niema czasu) na bawienie się; więc przecina się czyraki, ropnie i zastrzały, wyrywa się zęby, paznogcie, wyłuszcza się kaszaki i mniejsze guzy, skrobie się liszaj żrący (niekiedy całe nosy), zeszywa się nawet wargi zajęcze i wycina raki — wszystko bez znieczulenia; zatem krzyki, jęki i mdlenia, robi się istne piekło z tego schroniska i przytułku dla nędzy i bólów ludzkich.

Mimo wszystko tak być nie powinno, a i zdaje się, takie postępowanie należy do rzadkości.

Ale lekarz praktyk czas mieć musi i zwykle ma; o chorych dbać powinien i musi; czemuż więc tak niewielu korzysta z tego dobra, które tak łatwo otrzymać i zastósować?

Warto zastanowić się nad przyczynami: Chociaż zainteresowanie się w szerszej mierze postępem nauk a chirurgią w szczególności nie jest nadzwyczajnem, trudno przypuścić, aby znalazł się dziś lekarz nie obznajomiony z działaniem kokainy. Zresztą od lat szeregu wyszedł cały legion lekarzy, którzy w klinikach patrzyli i uczyli się, jak się używa tego środka. Przyczyny leżą gdzieindziej a mianowicie:

1) Kokaina działa należycie tylko pod warunkiem, że jest preparatem czystym i dobrym a dalej, że się jej stósownie używa, t. j. że się ją wstrzykuje albo wciera w stósownym roztworze i w należyty sposób. Technika wstrzykiwania jest tak ścisła, że bez przestrzegania pewnych prawideł

w poszczególnych przypadkach znieczulenie otrzyma się niedokładne; jeżeli zaś przetwór jest w dodatku zły lub rozczyn nieodpowiedni, skutku pożądanego wcale niema. Ztąd zawody, nieufność i zniechęcenie do kokainy, za czem idzie zupełne jej porzucenie.

2) Ważniejszym jeszcze powodem wstrzemięźliwości na tem polu, jest obawa przed zatruciem. Usprawiedliwiały ją coraz częstsze ostrzeżenia, ogłaszanie coraz częstszych przypadków ciężkiego zatrucia lub nawet śmierci; jaka przykra reakcya po pierwszym entuzyazmie!

Ostrzeżenia te poprzechodziły nawet do niektórych podręczników, zkąd do dnia dzisiejszego wołają głosem Kasandry. Zresztą i własne doświadczenie lekarzy, którym nauka przez swoje powagi wręczyła nowy środek bezwarunkowo w za swobodnych ilościach (w ilościach pod pewnemi okolicznościami trujących), musiało podtrzymywać tę obawę. Niejeden z lekarzy, który w przepisanych czy dozwolnych ilościach stósował kokainę, doczekał się poważnych przypadów zatrucia i zrażał się niepowrotnie do tak niepewnego środka.

Te dwie właściwości kokainy, t. j. działanie niepewne i trujące (oczywista w pewnych okolicznościach), to głównie przyczyny nienależytej popularności tego środka.

A jednak, patrząc przez sześć lat w klinice chirurgicznej krakowskiej na działanie kokainy w jakichś dwóch tysiącach przypadków, przekonałem się, że zawody należą do rzadkości a niebezpieczeństw zatrucia przy rozumnem stósowaniu wcale niema.

Zanim przystąpię do szczegółów naszego postępowania, niech mi wolno będzie przebyć w krótkości arenę wejścia w świat i początkowych występów nowego środka.

Z liści cudownej rośliny *Coca*, która jeszcze przed wiekami z powodu swych dziwnych własności ogromnem w Peruwii cieszyła się wzięciem (*Tschudi*), wydobył w 1860. r. Niemann, czystą zasadę roślinną: kokainę. Wkrótce potem zwrócił uwagę Schroff[1]) (w roku 1862), że położenie 1 cg. kokainy czystej na języku wywołuje zniesienie czucia i smaku. Dokładniej jednak zajął się tą sprawą dopiero Anrep[2]), który 1879 r. w obszernej swej pracy zwrócił uwagę na znieczulające działanie nowego środka. Fauvel[3]), Laborde[4]), Solis Cohen[5]), oprócz Kollera[6]), pierwsi stósowali kokainę w celach leczniczych, lecz zupełnego nie otrzymali znieczulenia; dopiero Jelinkowi[7]) udało się otrzymać je przez użycie mocniejszych rozczynów w r. 1884. Gdy Schrötter[8]) potwierdził te wyniki a Rossbach i Nothnagel[9]) zalecili w swej farmakologii kokainę do miejscowego znieczulenia, nowy środek zaczął rychło rozpowszechniać się ogólnie, wywołując naprzemian głosy przychylne i nieprzychylne.

Okulistyka i laryngologia najpierw zużytkowała i wprowadziła kokainę, jako środek znieczulający, w formie pędzlowania błon śluzowych. Początek zrobiono; coraz nowe działy medycyny chwytać zaczynają nowy środek do swoich celów i w coraz inny stósują go sposób.

[1]) Vorläufige Mittheilungen über Cocain. Zeitschr. der k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien. Nr. 30—33.
[2]) Pflügers Archiv. Bd. 21.
[3]) Gazette des hôpitaux. 1877 (Scaglia) i 1884. Nr. 134.
[4]) Tribune médicale. 1882.
[5]) Philad. medic. News. 1884. Nr. 15.
[6]) Vorl. Mittheil. in d. Ophtalm. Versamml. zu Heidelberg. 1884.
[7]) Wiener medic. Blätter. 1884.
[8]) Anzeiger der k. k. Gesellschaft f. Aerzte. 1884.
[9]) Handbuch der Arzneimittellehre. Berlin. 1884. — Berliner klin. Wochschr. 50. 1884.

Trzeba jednak przyznać, że doskonałe wyniki otrzymano dopiero w chwili sporządzenia (przez Merka w Darmstadzie, jako też przez firmę Parke, Davis & Comp. w Detroit) przetworu łatwo w wodzie rozpuszczalnego, t. j. chlorku kokainy (*cocainum muriaticum v. hydrochloricum*).

Trudno przechodzić prace tych wszystkich autorów, którzy w dalszym ciągu potwierdzali wyniki poprzedników lub torowali nowe drogi dla kokainy; przy końcu niniejszej rozprawy przytaczam spis wszystkich publikacyj o kokainie, które zarówno w oryginałach, jak referatach przejrzeć zdołałem. Po Schrötterze z laryngologów Stoerk, Seifert, Schech, Fronstein, Schaeffer, Schnitzler, Labus, Fauvel, Hanč, A. Popow[1]) i Polak Mayerson[2]) z lepszym lub gorszym wynikiem (rzadko z zupełnie ujemnym, jak Massuci i Massei[3])) wogóle z zupełnie zadawalającym, używają nowego środka do miejscowego znieczulania nosa, gardła, krtani, celem wykonania różnorodnych operacyj. — Do otyatryi wprowadził kokainę E. T. Moure i Baratoux[4]), Zaufal[5]), Kirchner[6]); do ginekologii zaś J. Hoffmann[7]) i Rusconi[8]) z Medyolanu który niestety napisał w swej obszernej pracy mnóstwo szczegółów niezupełnie zgodnych z rzeczywistością i rozsądkiem, wreszcie Schramm z Drezna. W chorobach dróg moczowych, które otwierają dla kokainy wrota chirurgii, używał jej Bettelheim[9]), Blumenfeld[10]), Fischel i Markel[11]). Nakoniec zawładnęła i chirurgia cała nowym środkiem i zużytkowała go do znieczuleń w najszerszem tego słowa znaczeniu, bo dla wszystkich okolic ciała a przedewszystkiem skóry. F. Vuchère[12]) i Landerer[13]) w tym samym mniej więcej czasie użyli i zalecili kokainę do wstrzykiwań podskórnych, opisując dokładnie procent i ilość rozczynu używanego, obszar i czas znieczulenia.

Po nich rychło zastęp cały autorów ogłasza swoje w tym względzie doświadczenia.

Corning[14]) (w Ameryce) a po nim Roberts[15]) z pomocą opaski Esmarcha do zdumiewających dochodzą wyników; dokonywają przy miejscowem znieczuleniu nadzwyczajnych operacyj, dobierają się nawet do kości, robią amputacye i resekcye. Wölfler[16]) zaleca gorąco kokainę przy mniejszych operacyach w częściach miękkich; wreszcie Corning i Feinberg[17]) robią ścisłe prace eksperymentalne chirurgiczne na zwierzętach, celem dokładnego wyświecenia działania alkaloidu.

[1]) p. Spis prac wymienionych autorów przy końcu rozprawy.
[2]) Medycyna. 1885. Nr. 5.
[3]) Archivi italiani di laringologia. 1885. fasc. 2—4. (Chiari).
[4]) Ref. Cntrbl. f. Chir. 1885.
[5]) Prager med. Wochschr. 1885.
[6]) Deutsche med. Wochschr. 1885.
[7]) Wiener med. Presse. 1884.
[8]) Cntrbl. f. Chir. 1885.
[9]) Wiener med. Presse. 1884.
[10]) Deut. med. Wochschr. 1884.
[11]) Cntrbl. f. Chir. 1884.
[12]) France médic. 1885.
[13]) Cntrbl. f. Chir. 1885.
[14]) New York med. Journal. XLII. Nr. 12 i Nr. 17. (Cntrbl. f. Chir. 1886).
[15]) Cntrbl. f. Chir. 1886.
[16]) Wien. med. Wochschr. 1885. Nr. 50.
[17]) Berl. klin. Wochschr. 1886.

Wśród zachwytów i przesadnych pochwał nie brak sprawozdań niekorzystnych i doniesień o cięższych lub lżejszych zatruciach. Sprzeczność zdań wygłaszanych skłoniła Wölflera[1]) w r. 1887 do wezwania ogółu chirurgów, aby swe doświadczenia w różnych działach chirurgii poczynione ogłaszali, celem nabrania nareszcie jakiejś pewności co do wartości kokainy.

I rzeczywiście głos ten nie przebrzmiał bez wielokrotnego echa, które się odezwało szeregiem artykułów w łamach *Wiener med. Wochschr.* z 1887 r. A jednak nie wszystko załatwiono a wiele rzeczy przedstawiono w mglistem bardzo świetle. Bądź co bądź artykuły Schustlera, Fränkla, Chiarego, Borysiekiewicza, Fillenbauma, Lustgartena, Foxa, Freya, Hoffmana, Spitzera, Freuda, Horowitza, Schmidta, Baumgartena i Hochstettera[2]) dotknęły całej masy najważniejszych spraw co do miejscowego znieczulenia i przyczyniły się nie mało do rozpowszechnienia kokainy.

W tym to okresie czasu weszła też kokaina na dobre w użycie w klinice krakowskiej i odtąd miałem sposobność czynić swoje spostrzeżenia.

Żem z całą swobodą mógł korzystać z bogatego materyału klinicznego, zawdzięczam prof. Rydygierowi; niech mi zatem wolno będzie wyrazić Mu za to najszczersze podziękowanie.

Szereg artykułów, jaki się przesunął przed naszemi oczami, nie wzbogacił się bardzo późniejszemi pracami; najwięcej tam przypadków większych i mniejszych, ba, nawet śmiertelnych zatruć, nieco odmian w stósowaniu środka; więcej nic.

Opuszczę zatem te miejsca pamiątek a zastanowię się nad własnościami i działaniem a dalej nad sposobami użycia tego środka, który nam przez lat tyle stale wyborne oddawał usługi. Oczywista nie omieszkam uwzględnić właściwego działu piśmiennictwa.

Najważniejszą i jedyną w swoim rodzaju własnością kokainy jest jej działanie miejscowo znieczulające, które zapewniło jej wybitne i stałe miejsce w rzędzie leków. Wszelkie inne działanie tego środka, czy to miejscowe czy ogólne, fizyologiczne czy lecznicze, usuwa się na plan drugi.

Działanie to znieczulające występuje po pomazaniu każdej błony śluzowej a więc oka, nosa, ust, gardła, krtani, części rodnych, odbytnicy po 3—5 minutach, trwa przeszło 20 minut, poczem mija zwolna.

Znieczulenie powstaje przez porażenie zakończeń obwodowych nerwów czuciowych, przedewszystkiem jako zniesienie bólu *(analgesia)*, dalej jako osłabienie czucia dotyku i temperatury (Geyer[3]) *(anaesthesia)* wreszcie jako zniesienie (lub obniżenie) smaku i węchu. (Anrep, Rossbach, Bernatzik).

Że przytem zwężają się naczynia obwodowe a wskutek tego pojawiają się bezkrwistość, bladość i zmniejszenie wydzieliny, to ma dla nas tylko znaczenie podrzędne; własność ta jednak kokainy jest podstawą jej działania jako środka tamującego krwotoki *(haemostaticum)* (Ruault)[4]), rozpoznawczego (Fränkel, Baumgarten)[1]) a częściowo i leczniczego.

[1]) Wien. med. Wochschr. 1887. Nr. 2.
[2]) Wien. med. Wochschr. 1887. Nr. 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14 15 i t. d.
[3]) Berl. klin. Wochschr. 1884.
[4]) France medic. — Cntrbl. f. Chir. 1888.

Pomazanie lub wcieranie w zdrową skórę nawet bardzo mocnych roztworów kokainy nie wywołuje żadnego skutku. Doświadczenia, jakie robiłem w tej mierze, nie dały nigdy dodatniego wyniku, nigdy nie zdołałem choćby najmniej obniżyć czucia. Zgadza się to zresztą ze zdaniem wszystkich prawie autorów a nieliczne twierdzenia przeciwne nie mają podstawy (Rusconi)[2]).

Wyjątek stanowi pod tym względem skóra otarta, zraniona lub chorobowo zmieniona; pomazanie kokainą takiej skóry podobnie, jak otwartych ran i wrzodów sprawia znieczulenie mniej lub więcej zupełne (Herzog i inni).

Muszę tu jeszcze jedno sobie zastrzedz: Według Wagnera[3]) może działać kokaina i na prawidłową skórę przez kataforetyczną czynność galwanicznego prądu. Jeżeli biegun dodatni (anodę) owinięty we flanelę umoczymy w rozczynie chlorku kokainy i przyłożymy na skórę, wystąpi wkrótce znieczulenie, a im silniejszy prąd i rozczyn, tem lepszy ma być skutek.

Nie robiłem w tej mierze doświadczeń, bo przyznam się, że nie miałem wiele zaufania do tego sposobu, (podobnie jak do kataforezy chloroformowej Adamkiewicza), choć go Barth[4]) do ucha zaleca. Wiadomo mi tylko, że Petersen[5]) w Kilonii robił te próby i nie widział ani śladu działania.

Aby otrzymać znieczulenie zupełne, musi się kokainę wstrzykiwać pod skórę lub w skórę samą. Wobec skóry zdrowej zawsze wystarczy wstrzyknięcie podskórne, aby znieczulić ją samą i najbliższe pod nią tkanki; gdy mamy do czynienia ze skórą bardzo zgrubiałą lub chorobowo zmienioną i naciekłą, należy wstrzykiwać w nią samą. Działanie występuje tu prawie bez wyjątku; znieczulenie otrzymuje się prawie zawsze zupełne, czasami tylko niezupełne.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z zakładu fizyologicznego Uniw. Jag. w Krakowie.

O połączeniach sinu z barwikami krwi.

Podał
Dr. Leon Wachholz,
asystent zakładu sądowo-lekarskiego.

(Dok. Patrz Nr. 1.)

Wiedząc, że Methb. rozszczepia się pod wpływem alkaliów na hematynę i białko nawet przy wstrzymaniu dostępu tlenu z powietrza, przygotowałem sobie dwa jednako zgęszczone rozczyny methemoglobiny i pierwszy z nich zaprawiłem małą ilością bardzo roztworzonego (1: 500), drugi zaś równą ilością zgęszczonego rozczynu sinku potasu. Oba rozczyny zmieniły natychmiast swe żółte zabarwienie na czerwone i tworzyły widmo o jednej smudze, podobnej do smugi hematyny sinowodowej, w miejscu widma w którem długość fal światła waha się między 535 a 605^{-6} mm.

[1]) Baumgarten (Wien. med. Wochschr. 1887. 44.).
[2]) Rusconi (z Medyolanu) dziwne opowiada rzeczy: Po natarciu skóry w pachwinie rozczynem kokainy zjawia się zupełne jej znieczulenie, skóra blednie miejscowo a cała kończyna dolna drętwieje; głębokie nawet bóle parametryczne ustępują i t. d.?
[3]) Wagner (Wien. med. Blätter. 1886.).
[4]) Barth (Cntrbl. f. Chir. 1889).
[5]) Petersen (Cntrbl. f. Chir. 1886.).

Wedle Hoppe Seylera[1]) stanowią przetwory odtleniające, jak n. p. siarczek amonu, znakomity odczynnik rozstrzygający, czy w badanym rozczynie mieści się Methb. czy też hematyna; albowiem pierwszą odtlenia siarczek amonu w Hb., która kłócona z powietrzem zmienia się na O^2Hb i wtedy z jednej smugi Hb. powstają dwie, charakterystyczne dla oksyhemoglobiny, drugą zaś odtlenia siarczek amonu w hemochromogenę, która kłócona z powietrzem zamienia się znowu na zwykłą hematynę, rozumie się samo przez się, jeźli siarczek amonu nie był dodany w nadmiarze; wówczas bowiem kłócenie rozczynu z powietrzem nie zmieni hemochromogeny napowrót w hematynę. Krótko mówiąc różni się methemoglobina od hematyny tem, że siarczek amonu wywołuje w pierwszej widmo Hb o jednej smudze, w drugiej widmo hemochromogeny o dwóch smugach.

Chcąc zatem przekonać się, czy dodany sinek potasu do obu rozczynów methemoglobiny zmienił ją na hematynę, jak to twierdzi Szigeti, czy nie, zaprawiłem oba rozczyny równą ilością siarczku amonu i badałem je w spektrofotometrze równocześnie z użyciem pryzmatu kontrolującego. Rozczyn methemoglobiny zaprawiony równą ilością zgęszczonego rozczynu sinku potasu zmienił po dolaniu doń siarczku amonu swoją jedną smugę na dwie, hemochromogenie właściwe. Rozczyn methemoglobiny zmięszany z mocno roztworzonym rozczynem sinku potasu okazywał tak, jak i poprzednio, jedną tylko smugę, zupełnie podobną do tej, którą tworzy odtleniona hemoglobina. Pierwszy rozczyn zmieniał dwie smugi na jedną po skłóceniu go z powietrzem, drugi rozczyn okazywał po skłóceniu dwie smugi oksyhemoglobiny (dla smugi przy D $\lambda =$ między 585 a 610, dla smugi przy E $\lambda =$ między 550 a 570^{-6} mm.

Doświadczenia te wykazały, że w pierwszym rozczynie nadmiar sinku potasu zmienił methemoglobinę w hematynę, łącząc się z nią w hematynę sinowodową, w drugim zaś rozczynie mała ilość sinku utworzyła z methemoglobiną połączenie wykryte i nazwane przez Koberta methemoglobiną sinowodową. Zatem twierdzenie Szigetego, jakoby methemoglobina sinowodowa nie istniała, jest błędne.

Już Kobert opisuje zachowanie się methemoglobiny względem siarczku amonu w ten sposób: rozczyn Methb. sinowodowej, zawierającej zaledwie wystarczające ilości kwasu pruskiego lub sinku potasu do utworzenia tego połączenia, zmienia się po dolaniu doń siarczku amonu i skłóceniu go z powietrzem w oksyhemoglobinę, ponieważ siarczek amonu łączy się z kwasem pruskim w połączenie rodanowe, działające na methemoglobinę nierównie słabiej od kwasu pruskiego lub sinków. Jeźli użyto więcej kwasu pruskiego, wówczas siarczek amonu na rozczyn nie działa.[2])

Szigeti zaleca[3]), aby Methb. do próby Koberta sporządzać z rozczynu O^2Hb przez dodanie chloranu potasowego a nie nadżelazosinku, jak to radzi Kobert. Szigeti bowiem obawia się, aby n. p. kwaśny destylat treści żołądkowej, badany pod względem obecności sinków lub kwasu pruskiego, nie rozłożył nadżelazosinku zużytego do wytworzenia Methb. na żelazo i sinek, któryby stał się wówczas przyczyną mylnego, dodatniego wyniku próby.

[1]) Hoppe Seyler. Physiolog. Chemie. Berlin 1877. I. Theil. Pag. 391—392

[2]) Ueb. Cyanmethaemoglobin von Kobert. l. c. pag. 18.

[3]) Ueber Cyanhaematin l. c. pag. 16.

Próbowałem otrzymać rozczyn methb. przez działanie na O^2Hb chloranu potasu, lecz daremnie. Hoppe Seyler[1]) twierdzi w tym względzie, że sole obojętne, same nie ulegające rozkładowi, jak n. p. chloran potasu, nie działają na O^2Hb. Inaczej bowiem dzieje się w ustroju po zadaniu chloranu potasowego; tam on przez działanie ustroju ulega rozkładowi i O^2Hb zmienia na methb. W rurce odczynnikowej nie byłem w stanie uzyskać rozczynu methb. przydatnego dla próby Koberta, nawet przez zaprawienie rozczynu O^2Hb. chloranem potasowym i solą kuchenną, jak to radził Falck[2]).

Ażeby się przekonać, czy nadżelazosinek potasu może uledz rozkładowi na swe składniki pod wpływem roztworzonych kwasów, zrobiłem następujące doświadczenia: Do rozczynu oksyhemoglobiny dolałem kilka kropli świeżo sporządzonego rozczynu nadżelazosinku potasu, który poprzednio mocno zakwasiłem roztworzonym kwasem solnym. Rozczyn O^2Hb zmącił się; przesącz zaś żółtawy czerwienił się wyraźnie dopiero po dolaniu doń rozczynu sinku potasu. Doświadczenie to wykazuje, że kwas solny roztworzony nie uwalnia z nadżelazosinku potasu kwasu pruskiego; inaczej przesącz nie zmieniałby barwy z żółtawej na czerwoną po dolaniu sinku potasu, gdyż byłby sam przez się już czerwonym.

Zresztą, jak wiadomo, należy tak żelazosinek jak i nadżelazosinek potasu do tej grupy podwójnych sinków, które na zimno nie rozkładają się pod wpływem roztworzonych kwasów; ponieważ zaś methemoglobinę otrzymuje się na zimno przez dodanie małego kryształka nadżelazosinku do rozczynu O^2Hb i próbę Koberta robi się również na zimno, przeto nie ma obawy, aby badany kwaśny (zwykle kwasem winowym zakwaszony) destylat uwolnił kwas pruski z nadżelazosinku (który utleniwszy O^2Hb., na methb sam odtlenił się już na żelazosinek) w rozczynie methemoglobiny i w ten sposób wywołał dodatni wynik próby, mimo, iż destylat badany nie zawierał kwasu pruskiego ani sinków. Zgęszczony kwas solny wydziela z nadżelazosinku potasu, nadżelazosinowodór w brązowych igłach[3]). Nadżelazosinowodór zmienia O^2Hb w methb. bardzo szybko, nie czerwieniąc rozczynu i nie tworząc w nim CNH—Methb. Koberta.

Szigeti[4]) zwraca uwagę na następujące zalety próby sinohematynowej:

1) próba ta pozwala wykazać nader małe ilości kwasu pruskiego i stanowi cenne dopełnienie barwnych reakcyj kwasu pruskiego i sinków w wodzie rozpuszczalnych, zwłaszcza, że barwa czerwona hematyny sinowodowej występuje bardzo dobrze na czarnem tle.

2) wszystkie te przetwory chemiczne, wyjąwszy siarczek amonu, które rozczyn methb. czerwienią a więc co do zmiany zabarwienia tegoż zachowują się podobnie do sinków i kwasu pruskiego, w próbie tej nie wchodzą w rachubę.

Pierwszą jednak zaletę próby sinohematynowej podziela także próba Koberta, gdyż pozwala jego zdaniem[5]) wykryć nawet 0·000,003 kwasu pruskiego. Co do drugiej zalety, to próba methemoglobinowa Koberta jest o wiele doskonalszą; zmiana bowiem barwy żółtej methemoglobiny na czerwoną CNH—methb. jest nadzwyczaj wyraźna i łatwo w oczy wpa-

[1]) Physiol. Chemie l. c. pag. 385.

[2]) Lehrb. d. Intoxikationen von Kobert. Stuttgart. 1893. pag. 477.

[3]) Gorup-Besanez Lehrb. der organischen Chemie. Braunschweig. 1881. pag. 410.

[4]) Ueber Cyanhaematin l. c. pag. 20.

[5]) Ueber Cyanmethaemoglobin l. c. pag. 24.

da, gdy rozjaśnienie rozczynu hematyny alkalicznej już z natury swej czerwonego, pod wpływem kwasu pruskiego lub sinku nie jest żadną miarą tak wyraźne.

Że różne odczynniki chemiczne czerwienią rozczyn methemoglobiny, podobnie jak sinki i kwas pruski, to nie ma żadnego praktycznego znaczenia, gdyż przyrząd widmowy rozstrzyga na pewne, czy zaczerwienie rozczynu methb. pochodzi od związków sinu, czy też od innych przetworów.

Najpiękniej i najwyraźniej wypadnie próba hematynowa względem związków sinu, jeźli się ją robi, jak to słusznie uważa Szigeti, rozpuszczając kryształki heminy w ługu potasowym i dodając sinku potasu, względnie cieczy kwas pruski lub sinek zawierającej. Lecz do wykonania próby tej w powyższy sposób, aby ona była wybitną, trzeba mieć kryształki heminy w większej ilości. Kryształki heminy utworzyłem w większej ilości w sposób podany przez pierwszego ich wynalazcę, prof. Dra Teichmanna[5]), w Jego własnej pracowni i pod Jego kierunkiem.

W jakikolwiekbądź sposób wytwarza się kryształki heminy, w każdym razie wymaga to dłuższej pracy i przygotowania a więc jest, zwłaszcza dla lekarza sądowego, uciążliwem.

Kończąc na tem uważam za stósowne zebrać w krótkości wyniki swych badań:

1) Sin łączy się tak z hematyną, jak i methemoglobiną.

2) Methemoglobinę sinowodową można z łatwością utworzyć, jeźli się do rozczynu methemoglobiny doleje bardzo roztworzonego rozczynu kwasu pruskiego lub sinku potasu.

3) Methemoglobina sinowodowa różni się zasadniczo od hematyny sinowodowej a to zachowaniem się w obec odczynników odtleniających, jak n. p. siarczku amonu; albowiem, podczas gdy methemoglobinę sinowodową zmienia siarczek amonu na beztlenną hemoglobinę, która znowu przez kłócenie z powietrzem utlenia się w oksyhemoglobinę, to hematynę sinowodową odtlenia siarczek amonu w hemochromogenę czyli hematynę odtlenioną Stokesa, która kłócona z powietrzem przemienia się znowu w hematynę sinowodową.

4) Z methemoglobiny może się utworzyć hematyna, jeźli do rozczynu sinku potasu, który z wytworzoną swem alkalicznem oddziaływaniem hematyną utworzy hematynę sinowodową.

5) Próba methemoglobinowa jest łatwiejsza do wykonania a przeto poręczniejsza dla lekarza sądowego.

6) Rozczyn methemoglobiny można bez wszelkiej obawy przed mylnym wynikiem próby utworzyć, używając kryształków nadżelazosinku potasu.

III. Oceny i sprawozdania.

Przyczynki do Anatomii patologicznej i Medycyny klinicznej
dla uczczenia 70-letniej rocznicy urodzin
Włodzimierza Brodowskiego,
profesora anatomii patologicznej w uniwersytecie cesarskim warszawskim, wydane przez Jego uczniów i asystentów:

K. Chełchowskiego, A. Ciaglińskiego, Z. Dmochowskiego, T. Dunina, A. Elsenberga, T. Herynga, W. Janowskiego, F. Kijewskiego, S. Kleina, L. Kryńskiego, I. Luxenburga, E. Przewoskiego, A. Rosenthala i H. Rupperta.

Warszawa 1893, wielka 4-ka, wizerunek jubilata, przedmowa i 218 stron tekstu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

K. Chełchowski: *Kilka uwag o wydzielaniu z moczu jodu i kwasu salicylowego w sprawach chorobowych.* W celu sprawdzenia istniejącego oddawna przekonania, że środki lecznicze, wprowadzone do ustroju, wydzielają się przez chore nerki powolniej, niż przez zdrowe, przeprowadził autor szereg spostrzeżeń na znacznej liczbie chorych (przeszło 100), dotkniętych różnemi cierpieniami wewnętrznemi (zapalenie nerek, wady serca, rozedma płuc, choroby gorączkowe i t. p.). Metody badania używał autor jak najprostszej: chorzy dostawali po 5 gran (= 0·3) jodku potasu i po 20 gran (= 1·2) salicylanu sodu i w seryach 8-godzinnych moczu starał się wykryć obecność tych ciał. Za odczynnik jodu służył siarczek węgla, kwasu salicylowego półtorachlorek żelaza. O obecności rozstrzygało zabarwienie zupełnie wyraźne.

Z tych spostrzeżeń wnosi autor, iż wydzielanie powolniejsze jodu i kwasu salicylowego z moczem towarzyszy nietylko cierpieniom nerek, lecz zarówno występuje w innych chorobach ze zmniejszeniem się dyurezy, jak biegunce, gorączce, zwłaszcza zaś niewyrównanych wadach serca i rozedmie płuc. Zależy ono przedewszystkiem od zmniejszenia się ilości moczu a ściśle biorąc, od zmniejszenia się wydzielania części stałych, wydzielanych w moczu. Przyczynia się tu także i przesiąkanie tych ciał chemicznych do płynów obrzękowych. Powolniejsze wydzielanie się nie może służyć za miarę cierpienia nerek; wskazuje raczej, o ile w danej chwili nerki są zdolne do oczyszczania organizmu z obecnych w nim chwilowo ciał obcych. Wreszcie, jakkolwiek niebezpieczeństwo dzielniejszych lekarstw u chorych na nerki jest całkiem prawdopodobne, to jednak twierdzenie to wymaga dokładniejszych dowodów, niż owo powolniejsze wydzielanie się jodu i kwasu salicylowego z moczem, coby wskazywało raczej na konieczną ostrożność wszędzie tam, gdzie jest zmniejszenie się dyurezy.

Praca F. Kijewskiego: *O ropniach podprzeponowych* przedstawia szczegółową charakterystykę tych nieczęsto spotykających się postaci zapaleń ropnych. Na podstawie zebranej starannie literatury i własnych sześciu przypadków, spostrzeganych w klinice prof. Kosińskiego, rysuje autor obraz anatomo-patologiczny i kliniczny tego cierpienia. Etyologia w tych przypadkach była następująca: raz uraz (pobicie), raz ropień wątroby, raz bąblowiec wątroby zropiały, 2 razy zboczenia w przewodzie pokarmowym (*dysenteria*), raz zapalenie wyrostka robaczkowego. Jako inne przyczyny wymienia autor: owrzodzenia żołądka i dwunastnicy z przedziurawieniem ściany, raki żołądka i przełyku, kamienie żółciowe, ropnie śledziony, *paranephritis*, jamy gruźlicze, nawet *endometritis purulenta;* oprócz tych mogą dać im początek wynaczynienia krwawe po urazach, próchnienie żeber, ropne zapalenie opłucnej lub osierdzia, ropnie śródpiersia i zapalenie ropne otrzewnej rozlane. Pierwsza z tych przyczyn, owrzodzenie i przedziurawienie żołądka i dwunastnicy, daje największą odsetkę spostrzeganych przypadków; drugie miejsce zajmuje bąblowiec wątroby i zapalenie wyrostka robaczkowego. Nie zawsze ropnie podprzeponowe mają siedlisko w jamie otrzewnowej; niekiedy mieszczą się poza nią *(abscessus subphrenicus retroperitonealis)*.

Następstwa cierpienia są nader rozmaite: najczęściej tworzy się połączenie ropnia z jamą otrzewnej, wywołując zapalenie jej ogólne; zarówno może nastąpić przedziurawienie przepony i przejście ropy do opłucnej, w której czasem

---

[5]) Ueber das Haematin von Dr. Teichmann in Göttingen. Separatabdruck aus v. Pfeufer's und Henle's Ztschr. f. rationelle Medicin. Pag. 6, 7. i 8.

rozwija się zapalenie ropne, nawet bez przebicia przepony. W dalszym ciągu sprawa przechodzi na płuca, z którem następują zrosty i niekiedy przebicie ropnia do wnętrza płuca tak, iż ropa dostaje się przez oskrzela na zewnątrz. Rzadko zapalenie ropne przenosi się na osierdzie; częściej sprawa przechodzi na jelita, do których następuje przebicie się ropy.

Przebieg bywa różny; często przewlekły, niekiedy bardzo ostry, co zależy głównie od przyczyny.

Pomijamy tu symptomatologię cierpienia, obszernie przez autora traktowaną, i rokowanie, które ocenić można dokładnie tylko w oryginale, i streścimy tylko w krótkości część leczniczą.

Leczenie polega na otwarciu szerokiem ogniska ropnego, usunięciu jego treści i ustaleniu sposobności do swobodnego odpływu wydzieliny z jamy. Ten sposób ogólny w niektórych przypadkach przedstawia poważne trudności i niebezpieczeństwo, mianowicie tam, gdzie ropień mieści się bardzo wysoko i nie opuszcza się niżej do jamy brzusznej. W takim razie prowadzą doń 2 drogi: od strony klatki piersiowej przez opłucną i przeponę i od strony jamy brzusznej.

Zarówno droga pierwsza, jak i druga stanowią zabieg bardzo poważny. Rzecz prosta, najpomyślniej rokować możemy wtedy, jeżeli operując nie otworzymy ani opłucnej, ani jamy otrzewnej, co może stać się w tych przypadkach, w których ropień oddzielony jest od jamy brzusznej mocną ścianą i brzeg jego opuszcza się poniżej klatki piersiowej.

Operowanie ze strony otrzewnej t. j. przez laparotomię uważa autor za zbyt ryzykowne, gdyż trudno zabezpieczyć się od spływania ropy do jamy brzusznej, szczególnie, jeżeli ropień leży wysoko i nie można zeszyć jego ściany z brzegami rany brzusznej. Otwieranie jamy opłucnej i przecięcie przepony jakkolwiek stanowi zabieg ciężki, może być mniej niebezpieczne, jeżeli się przedsięweźmie środki przeciw zaciekaniu ropy. W tym celu po wycięciu żebra (najlepiej 8-go w linii pachowej przedniej) należy opłucną ścienną przyszyć nader szczelnie do przepony i tę dopiero wtedy otworzyć.

Nie należy wycinać żeber wyższych, gdyż tem łatwiej wywołać można odmę piersiową, której i tak nie zawsze można uniknąć. Metody Bülaua, zalecanej przez niektórych, autor nie próbował, ale nie wydaje mu się ona bardzo odpowiednią (nawet jest zupełnie nie odpowiednia: *Przyp. spraw*). Za to uważa autor za bardzo dobry teoretycznie sposób Lannelongua polegający na dostawaniu się do ropnia podprzeponowego przez wycięcie dolnego brzegu żeber (chrząstki 10., 9., 8. a nawet i 7-go żebra) bez otwarcia jednakże jamy opłucnej i otrzewnej. Sposobu tego autor nie widział w zastosowaniu.

Ropnie zaotrzewnowe należy otwierać zapomocą cięcia podłużnego lub skośnego od tyłu.

A. Elsenberg: *Choroba Brightа pochodzenia syfilitycznego.* Zapalenie nerek u kiłowych ma etyologię o wiele jeszcze ciemniejszą, niż zazwyczaj, a to z dwóch przyczyn: 1) nie można nigdy być pewnym, czy i jaką gra rolę w tem cierpieniu kiła, 2) niewiadomo, czy i o ile zmiany chorobowe w nerkach nie są następstwem leczenia rtęcią. Nie ulega jednakże wątpliwości, że istnieje zapalenie nerek kiłowe, jako odrębna postać chorobowa, co potwierdza, pomijając już inne dane, i korzystny wpływ leczenia przeciwkiłowego na przebieg sprawy w nerkach. Wszystkie opisywane postacie syfilitycznego cierpienia nerek sprowadzić można do następujących typów:

1) Białkomocz przemijający w przebiegu wysypek wczesnego okresu. Zmiany anatomiczne są prawdopodobnie podobne do zmian podczas chorób zakaźnych (przekrwienie i zmętnienie).

2) Choroba Brighta ostra, nie różni się od takiejże sprawy pochodzenia niesyfilitycznego.

3) Choroba Brighta przewlekła: w tej postaci znajdywali niektórzy autorowie w drobnych naczyniach zmiany ścian kiłowe (*endarteriitis obliterans).*

4) Zanik nerki częściowy lub jednostronny.

5) Zwyrodnienie skrobiowate nerek w postaciach ciężkich, zwłaszcza o rozległych owrzodzeniach lub cierpieniach kości i stawów.

6) Kilaki *(gummata)* nerek, postać najcharakterystyczniejsza. Autor opisuje dwa przypadki zapalenia nerek u kiłowych, które obserwował klinicznie i po śmierci badał anatomicznie i mikroskopowo.

Co się tyczy przebiegu, to pod tym względem autor nie widział w swoich przypadkach żadnej różnicy w porównaniu z obrazem klinicznym zwykłej choroby Brighta. Zarówno anatomicznie nie można było dostrzedz nic swoistego: nerki przedstawiały zmiany, jakie występują w *nephritis interstitialis chronica*, w postaci nerki małej, ziarnistej. Jedynie mikroskopowo można było wykazać zgrubienie błony zewnętrznej ścian tętnic nerkowych i zwyrodnienie skrobiowate kłębków, co uważają niektórzy za cechę odróżniającą dla zapaleń kiłowych.

Pomimo więc, że ani przebieg kliniczny, ani zmiany anatomiczne nie przedstawiają nic, coby świadczyło za swoistością sprawy syfilitycznej, przyznaje autor istnienie syfilitycznego zapalenia nerek, jako postaci odrębnej. Tylko że kiła bardzo rzadko wywołuje w nerkach zmiany, wyłącznie dla siebie charakterystyczne, *gummata;* zazwyczaj tak, jak i wskutek innych przyczyn, powstaje w przebiegu jej rozlane zapalenie nerek międzymiąższowe.

T. Herynga: *Przyczynek doświadczalny do kwestyi lokalizacyi płynów, wstrzykniętych zwierzętom za życia do dróg oddechowych, oraz parę uwag co do możliwości wnikania płynów do kawern i miąższu płuc gruźliczo zwyrodnionych* stanowi urywek z pracy, mającej na celu uzasadnienie potrzeby szukania metody leczenia chronicznych cierpień płuc bądź zapomocą rozpylania, bądź wstrzykiwania pewnych leków wprost przez krtań i oskrzela do miąższu płuc.

Autor wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach (psach i królikach) i trupach ludzkich, ażeby się przekonać do jakich części płuc dostają się płyny, wprowadzone przez tchawicę, o ile zmiana położenia wpływa na rozmieszczenie tych płynów i jak wpływają takie wstrzykiwania na stan ogólny zwierzęcia. Jako płynu używał autor $^1/_4$—1% roztworów sterylizowanych niebieskiej pioktaniny, których wprowadzał naraz do płuca po $1^1/_2$—2 cm. sześć o ciepłocie 37°. Wyniki otrzymane są następujące.

Pioktanina wstrzyknięta powoli, kroplami do tchawicy zwierząt, leżących na grzbiecie, dostaje się zarówno do obydwóch płuc, zarówno do płatów dolnych, jakoteż do wierzchołków. Jeżeli zwierzę leżało podczas doświadczenia na boku, to płyn dostawał się tylko do płuca, znajdującego się niżej; jeżeli zaś w położeniu pionowem, to bardzo mało płynu dochodziło do wierzchołków. Podobne wyniki otrzymał autor po wprowadzeniu zapomocą rozpylacza; zabarwienie nie było tak znaczne, jak po wstrzyknięciu płynu, natomiast jednolitsze na całej przestrzeni miąższu płuc. Wprowadzenie płynu do płuc przez przekłócie ściany klatki piersiowej dało wyniki o wiele gorsze. Wstrzyknięcie takie nie jest dokładne, gdyż nie można oznaczyć ściśle ani kierunku ani głębokości; następuje zawsze potem wylew krwi, niekiedy bardzo znaczny z większych naczyń; wprowadzony płyn sprowadzał bardzo znaczny odczyn zapalny na znacznej przestrzeni.

Zupełnie podobne wyniki, jak na zwierzętach, otrzymał autor na trupach ludzkich wkraplając płyn przez tchawicę do płuc; oprócz tego przekonał się, że płyn dostaje się z łatwością do jam i rozszerzonych oskrzeli, że przenika do miejsc zajętych zapaleniem zrazikowem i pomiędzy ogniska okołooskrzelowe, że najtrudniej dostaje się do części płuc będących w stanie zapalenia włóknistego i do ognisk serowatych. Ilość płynu użytego w tych doświadczeniach na raz

nie przenosiła nigdy 60 cm. sześć., t. j. ilości, jaką ustrój ludzki znieść może bez szkody.

A. Rosenthal: *Przyczynek do anatomii patologicznej chorób umysłowych*. Nie ulega wątpliwości, że zboczenia umysłowe są następstwem zmian anatomicznych mózgowia. Zmiany te przedstawiać się mogą bądź w postaci nowotworów lub wylewów krwi (*dementia e laesione cerebri*), bądź w postaci mniej lub więcej rozlanej sprawy zapalnej lub zaniku kory mózgowej i substancyi białej (*paralysis progressiva*), bądź wreszcie jako niesymetryczny rozwój półkul lub przewaga podstawy mózgu w stósunku do półkul (*paranoia*). Do lepiej zbadanych anatomicznie należy bezwład postępujący, jakkolwiek i tu panuje niezgoda co do charakteru zmian. W cierpieniu tem sprawa chorobowa rozlana jest po całem mózgowiu, jednakże, stósownie do stopnia zmian w niektórych ośrodkach, otrzymujemy rozmaity obraz kliniczny, w miarę objawu przeważającego. Do wybitniejszych objawów w przebiegu bezwładu postępującego należy afazya z jej odmianami. Stanowi ona ogniwo łączące cierpienia mózgu ogniskowe ze sprawami rozlanemi. Autor przytacza spostrzegane przez siebie przypadki ogniskowych cierpień mózgu, w których przebiegu afazya zmysłowa stanowiła objaw stały i przeważający, dalej przypadki bezwładu postępującego z obecnością zmian ogniskowych, wreszcie cztery przypadki pomieszania ostrego. We wszystkich tych przypadkach przez dokładne badanie pośmiertne mózgu wykazał autor w niem zmiany anatomiczne. Z zestawienia wysnuwa wniosek, iż niema 2-ch przypadków żadnej postaci tych chorób, któreby przedstawiały jednakowy obraz kliniczny i anatomiczny. Nawet tak jednolita postać, jak bezwład postępujący cechuje się różnorodnością zmian anatomicznych wskutek skombinowania się sprawy chorobowej ze zmianami ogniskowemi mózgu. Zdarza się nawet, że wskutek tego nie podobna ściśle odróżnić *dementia e laesione cerebri* od *paralysis progressiva*. W każdym razie zboczenia umysłowe znajdują się w ścisłym związku i zależności od zmian anatomicznych.

H. Ruppert: *Przyczynek do anatomii patologicznej wątroby przy marskości zwykłej (cirrhosis vulgaris)*. Powstrzymanie odpływu żółci u człowieka, jak wykazały nowsze badania, wywołuje zmiany zapalne w wątrobie, prowadzące do większego lub mniejszego stwardnienia narządu (*cirrhosis*). Źródło tych zmian stanowi *a*) odczynowe zapalenie, powstające wskutek anemicznej nekrozy miąższu wątroby, *b*) pierwotne zapalenie ścian przewodów żółciowych, rozszerzające się na tkankę otaczającą (*cholangioitis*). Taką etyologią wykazano zarówno u ludzi, jak i doświadczalnie na zwierzętach, którym podwiązywano przewód żółciowy wspólny. Autor zajął się zbadaniem powstawania rozrostu łącznotkankowego w wątrobie w t. zw. marskości zwykłej. W tym względzie przyjęty jest ogólnie pogląd Charcota, że punkt wyjścia stanowią rozgałęzienia żyły wrotnej, same zaś zraziki wątroby ulegają zanikowi następowo. Odmienne zdanie wyrazili Sabourin i Cornil, którzy odnosili główne zmiany rozrostowe do rozgałęzień żył wątrobowych, gdy zmiany naokoło gałązek żyły wrotnej stanowią zjawisko następowe.

Autor zbadał szczegółowo jeden przypadek marskości zwykłej i na podstawie obrazu mikroskopowego w zupełności przychyla się do zdania Charcota. Zdaniem więc autora *cirrhosis vulgaris* ma źródło swego rozwoju: 1) w podrażnieniu zapalnem ścianek rozgałęzień żyły wrotnej, 2) w odczynowem zapaleniu, powstającem wskutek zaniku pierwotnego komórek wątrobowych na obwodzie zrazików. (Dok. n.).

Dr. Kryński.

Terapia.

A. Sokołowski (w Warszawie): **Kilka słów w sprawie używania kreozotu w leczeniu suchot płucnych.**

Autor biorąc asumpt z przemówienia Hewelkego na jednem z ostatnich posiedzeń Tow. lek. warszawskiego, jest zdania, iż kreozot nie musiał działać tak bardzo dobrze w leczeniu suchot płucnych w ciągu ostatnich lat piętnastu, skoro obok niego wprowadzone do terapii tej choroby mnóstwo innych leków, które jednak wkrótce zeszły z pola, gdy kreozot przetrwał całe lata, co autor zgodnie z Bouchardem przypisuje temu, że kreozot jest środkiem stósunkowo nieszkodliwym.

Na pytanie, czy kreozot w leczeniu suchot płucnych jest pożytecznym a przede wszystkiem, czy wywiera wpływ swoisty na sprawę gruźliczą, odpowiada autor podziałem chorych na szpitalnych i na zostających w praktyce prywatnej. Co do tamtych, oświadcza się autor na podstawie doświadczenia w różnych szpitalach europejskich i własnego, iż wybitnego działania korzystnego nie widział w przeważającej liczbie przypadków, co przypisuje temu, że chorzy udają się o pomoc do szpitala w ostatnich okresach choroby, gdy ani kreozot, ani zapewne żaden inny lek nic już zrebić nie może.

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa w praktyce prywatnej, u chorych jeszcze chodzących. I tutaj wprawdzie nie widać żadnego swoistego działania kreozotu, jak tego dowodzą znane każdemu lekarzowi praktycznemu z własnego doświadczenia przypadki, w których używanie kreozotu od samego początku choroby nie uchroniło od dalszego rozwoju niszczącej sprawy; mimo tego nie ulega wątpliwości, że w praktyce prywatnej po systematycznem używaniu kreozotu widać najczęściej większe lub mniejsze polepszenie a nawet zupełne zatrzymanie się sprawy gruźliczej. Autor wątpi jednak, czy to polepszenie się należy przypisać kreozotowi, gdyż terapia kreozotowa suchot zeszła się razem z racyonalnem leczeniem higieniczno-dyetetycznem, o skuteczności którego nie można wątpić. Zresztą żadna inna choroba przewlekła nie okazuje tej dziwnej tendencyi do zatrzymywania się w swym rozwoju, nawet w późnych okresach, co suchoty płucne. To są zdaniem autora przyczyny entuzyazmu dla kreozotu, entuzyazmu pochodzącego przede wszystkiem od lekarzy pozaszpitalnych. Dlatego autor nie przypisuje pomyślnych skutków kreozotowi tam, gdzie równocześnie leczono chorych klimatyczno-dyetetycznie.

Mimo tego wszystkiego sądzi autor, że chociaż kreozot nie działa swoiście na gruźlicę, jest on środkiem bardzo ważnym w leczeniu suchot płucnych, albowiem:

1) u bardzo wielu chorych wpływa korzystnie, mianowicie użyty w niebardzo wielkich dawkach, na poprawę łaknienia. Jestto, zdaniem autora, najdonioślejsza okoliczność w działaniu leczniczem kreozotu; tym bowiem sposobem zyskuje się podstawę do należytego odżywiania, pośrednio do wyleczenia czy też przynajmniej zatrzymania suchot płucnych w ich przebiegu. Tę poprawę łaknienia pod wpływem kreozotu tak często postrzeganą, można wytłómaczyć w rozmaity sposób: bądź przez pobudzenie błony śluzowej żołądka do większego wydzielania soku żołądkowego, bądź przez powstrzymanie spraw fermentacyjnych, wywołanych połkniętą plwociną. Nie zawsze jednak poprawia kreozot łaknienie; owszem bywa i wprost przeciwnie, t. j. chorzy po zażyciu kreozotu tracą łaknienie, osobliwie po użyciu dużych dawek, co wszystko powinno być dla lekarza skazówką, by nie zadawać kreozotu w dawkach zadużych i wstrzymać jego użycie w razie niekorzystnego wpływu na łaknienie.

2) W pewnych przypadkach, szczególniej w okresach nie daleko posuniętej choroby, kreozot wpływa pomyślnie na pobudzenie wydzielania się śluzu z oskrzeli; jest więc pośrednio dobrym lekiem wykrztuśnym.

Może być wreszcie, że w niejednym przypadku działa kreozot pomyślnie przez sugestyę. W każdym razie, pomi-

mo, że kreozot nie jest żadnym środkiem swoistym, można go w wielu przypadkach użyć z korzyścią i dlatego powinno go się używać przede wszystkiem u chorych w wielkich miastach i przez zimę, a na lato wysyłać takich chorych do stacyj klimatycznych a w ostateczności na wieś i wtedy wstrzymywać u nich zadawanie kreozotu, jako leku zupełnie zbytecznego wobec innych korzystnych dla zdrowia chorych okoliczności.

Ponieważ autor nie widzi w kreozocie żadnego leku swoistego na gruźlicę, lecz tylko wyborny pod wieloma względami środek symptomatyczny, przeto używa go teraz tylko w małych dawkach od 4 do 5, co najwięcej 10 granów (t. j. od 25 do 40, najwięcej 70 centygramów) dziennie i zaleca go nie w kapsułkach, lecz w małym dodatku do wina (kroplę jednę lub dwie w dużym kieliszku wina czerwonego) lub mleka (kropla na pół szklanki). Tę ilość i ten sposób zadawania znoszą chorzy zazwyczaj pod każdym względem wybornie. (*Gazeta lekarska. 1. 1894.*).

Pellicer: **Bromoform przeciw krztuścowi (kokluszowi).**

Autor oświadczając się naprzód przeciw przenoszeniu z miejsca na miejsce chorych kokluszem nawiedzonych, jako postępowaniu co do swej skuteczności wątpliwemu a mogącemu tylko rozwlekać chorobę, zostawia na boku najrozmaitsze leki używane i zalecane na krztusiec i zastanawia się tylko nad bromoformem, co do którego niema mimo bardzo wielu publikacyj ogólnej zgody. Idąc za radą Steppa z Norymbergi, który pierwszy zalecał bromoform w krztuścu, zadawał autor ten środek leczniczy dzieciom 4 razy dziennie po tyle kropel, ile pacyent mały liczył lat. Jeżeli po 3 dniach używania tego leku liczba dzienna napadów nie zmniejszała się, powiększał autor systematycznie dawkę i tym sposobem doszedł raz u dziecka dwuletniego w ciągu 6 dni do dawki dziennej 48 kropel, która prócz rumienia (*erythema*) na całem ciele nie sprawiła żadnych innych zboczeń w ustroju. Nieskuteczność bromoformu w krztuścu, o której tylu pisało, przypisuje autor dawkom za małym; według jego bowiem doświadczenia bromoform w wymieniony sposób zadawany jest bardzo dzielnym lekiem w krztuścu, skracając przebieg choroby zazwyczaj od 2 do 3 tygodni a nieraz i mniej nawet.

(*La médecine moderne. 3. Stycznia. 1893*).

Robin: **Leczenie kamicy żółciowej.**

Prof. R. w szpitalu *la Pitié* w Paryżu zwraca się naprzód przeciw używaniu w tej chorobie wielkich dawek (od 100 do 200 gramów dziennie) oliwy, jako leczeniu całkiem nieskutecznemu; okazało się bowiem, iż stężyny (konkrementa), jakie nieraz znajdują się w kale po zażyciu oliwy, nie są bynajmniej kamykami żółciowemi, lecz kwasami tłuszczowemi z oliwy, zabarwionemi żółcią. Uważa dalej, by pod względem dyetetycznym usunąć z pokarmów wszystko, czego strawienie wymaga nadmiernego powiększenia się czynności wątroby a zatem pokarmów tłustych i zawierających dużo cukru i skrobi. Również nie można pozwalać na używanie octu, który sprzyja rozkładowi tłuszczów a daje się zastąpić sokiem cytrynowym, ze wszystkich kwasów organicznych najłatwiejszym do spalenia się w ustroju.

Zalecić przeto należy chorym pożywienie mięszane złożone w $^1/_3$ z mięsa, w $^2/_3$ z jarzyn zielonych, dalej owoce a w porze do tego sposobnej winogrona.

Mleka, które zmniejsza wydzielanie się żółci, chorzy na kamicę żółciową wcale używać nie powinni.

W kamicy żółciowej powinno się zmierzać głównie do rozrzedzenia żółci a do tego służy: 1) powiększenie konsumcyi płynów, 2) używanie alkaliów, 3) podniecenie czynności skóry, 4) leczenie wodami mineralnemi.

Co do konsumcyi płynów, rzecz rozumie się sama przez się a wiadomo zresztą, iż kolki żółciowe następują zwykle podczas używania małej ilości płynów.

Co do alkaliów, na czele ich jest dwuwęglan sodowy albo jako taki albo w postaci wody Vichy, mianowicie źródeł *l'Hôpital* i *la Grande Grille*.

Robin zaleca przez pierwszych 5 lub 6 dni obydwa te źródła, z każdego po 200 gramów dziennie a potem samą *Grande Grille* do 500 gramów również dziennie.

Wody ze źródła *Célestins* nie zaleca, ponieważ teraz nie jest ona pewna co do swej czystości.

(*La médecine moderne. 20. grudnia 1893*).

Choroby oczne

Prof. Burchardt (w Berlinie). **Leczenie ostrego śluzoropotoku spojówki.**

Autor zaniechał użycia środków żrących, używanych dotąd powszechnie, jak 2% i 3% rozczynu azotanu srebra, a natomiast sterylizuje energicznie worek spojówkowy. Do tego postępowania skłoniło go następujące rozumowanie: Żrące środki dostają się tylko na powierzchnię spojówki powiek, a przecież gonokoki znajdują się w najgłębszych warstwach przybłonka, w szczelinach limfatycznych tkanki łącznej a wreszcie w spojówce gałki ocznej, na którą środki żrące przy zwykłem leczeniu spojówki powiek wcale się nie dostają. Przepłukiwanie zaś mocnymi środkami przeciwgnilnymi (sterylizowanie) działa daleko lepiej, a że działa na całą spojówkę, przeto wydaje się autorowi racyonalniejszem. Przepłukuje w następujący sposób: Naprzód 5% wodą chlorową a po wydaleniu ropy $^1/_{10}$% rozczynem azotanu srebra. Płyny mają ciepłotę letniej wody. U dorosłych stoi lekarz poza chorym, któremu głowę przechyla ku tyłowi. Asystent za pomocą strzykawki kroplami albo mocniejszym prądem zwilża wewnętrzny kąt powiek, gdy lekarz wielkim palcem dolną powiekę przesuwa i odciąga dość szybko ku górze, drugą zaś ręką porusza górną powiekę od prawej ku lewej stronie i odwrotnie, przyczem ciecz dostaje się pomiędzy powieki i gałkę oczną. Przez ugniatanie staje się obrzmiała powieka miękką i podatną. Po pół minuty a najwięcej po minucie worek spojówkowy oczyszcza się do tego stopnia, że z niego odpływa czysty rozczyn azotanu srebrowego. Jeżeli na spojówce powiek znajdują się skrzepy i wypociny, wtedy usuwa się je watą, odwróciwszy powiekę a następnie dopiero przepłukuje się worek spojówkowy. Przepłukiwanie robi się po 4 razy na dzień i częściej; oprócz tego okłady z 5% wody chlorowej. U dzieci postępuje się tak samo tylko, że głowę dziecka bierze lekarz pomiędzy swe kolana. Ponieważ przy odciąganiu i poruszaniu powiek oka nie uciska się, można, z podwojoną oczywiście ostrożnością, użyć tego postępowania także i w tych przypadkach, w których rogówka jest owrzodziała.

Skutek ma być nadzwyczajny. U noworodków w przeciągu 4 dni ustępuje wydzielina. Opatrunku ochronnego na drugie zdrowe oko autor niezakłada, tylko przepłukuje je przed każdem badaniem chorego oka słabym rozczynem azotanu srebra (1:1000). Niekorzystną stroną postępowania jest to, że bardzo często, bo kilka razy na dzień, musi lekarz chorego widzieć i opatrywać. Jeżeli jednakże sposób leczenia istotnie daje tak nadzwyczajne wyniki, należy w zakładach naszych tak urządzić służbę zdrowia, aby zapobiedz dość częstej utracie wzroku w przypadkach ostrego śluzoropotoku spojówek. Wiadomo, że trzecia część ciemnych umieszczonych w zakładach dla niewidzących w Austryi i w Niemczech utraciła wzrok skutkiem tej choroby. (*Centralblatt für prakt. Augenheilkunde. Listopad 1893*). *Dr. Machek.*

R. Greeff: **Badania bakteryologiczne nad powstawaniem współczulnego zapalenia oka.**

Przeszedłszy po krótce dotychczasowe teorye powstawania sympatycznego zapalenia oka zatrzymuje się autor przy teoryi Deutschmanna (zapalenie współcz. polega na inwazyi mikrobów, a drogą, którą się one z jednego oka do drugiego dostają, jest nerw wzrokowy i jego pochewki) i występuje przeciwko niej z licznymi zarzutami, popierając je badaniami własnemi i cudzemi.

Deutschmann nie podawał nigdy w swych pracach, czy hodowle przeprowadzał anaerobowo; dalej robi swoje doświadczenia na zwierzętach mikrobami ropotwórczemi, choć wia-

domo, że zapalenie współczulne oka drugiego nader rzadko występuje po ropnych zapaleniach gałki; wreszcie, co najważniejsza, nigdy nie brał w rachubę, czy u zwierząt, którym szczepił drobnoustroje, występowało po zaszczepieniu zakażenie ogólne.

Tymczasem G. po zaszczepieniu streptokoków lub stafilokoków nie widział nigdy zapalenia współczulnego drugiego oka, a to samo stwierdzili Randolf Gifford, Ulrich i inni. Loevy szczepił nawet koki, które wywołują zapalenia plastyczne, (forma zdarzająca się najczęściej w zapaleniu współczulnem) a przecież nigdy drugie oko nie chorowało. Co do punktu trzeciego, to G. znajdywał drobnoustroje w oku drugiem t y l k o w t e d y, gdy nastąpiło ogólne zakażenie ustroju zwierzęcia; udział zatem oka, do którego zaszczepiono mikroorganizmy, był tylko pośredni. Tak samo mogło wystąpić zapalenie oka, gdyby użyto jakiegoś innego narządu za miejsce do szczepienia.

Wreszcie podaje autor wynik badania bakteryologicznego z 17 przypadków, które sam obserwował. Badał on kawałki nerwu wzrokowego bądź to wycięte, bądź powzięte z oczu, wyłuszczonych z obawy przed współczulnem zapaleniem oka drugiego, w różnych czasach (od 3 tygodni do 3 miesięcy po rozpoczęciu się sprawy). Badania przeprowadzone nie tylko za pomocą mikroskopu, ale i hodowli różnorodnych, uzupełniały zarazem szczepienia na zwierzętach doświadczenia autora. Wynik co do obecności drobnoustrojów był stale ujemny. To samo stwierdził Nordenson i inni; nawet w rozpoczynających się zapaleniach sympatycznych i to z cechującym obrazem zapalenia tarczy nerwu wzrokowego badania bakteryologiczne dały wynik ujemny. (Deutschmann znajdował zawsze drobnoustroje!) Tutaj przytacza G. liczny zastęp autorów, którzy doszli do tych samych, co i on, rezultatów. Aby jakiś drobnoustrój uważać można za wywołujący pewne cierpienie, musi on znajdować się zawsze i tylko w tem właśnie cierpieniu; dalej musi on być tak umieszczonym, by większą część objawów obecnością jego można było tłumaczyć, dalej musi, zaszczepiony na inny ustrój, wywołać ten sam obraz chorobowy. Wyniki badań Deutschmanna nie odpowiadają tym żądaniom. Zapatrywanie się jego zatem, że zapalenie współczulne oka polega na wędrówce drobnoustrojów wzdłuż n. wzrokowego i jego pochewek jest, jak dotychczas, nie uzasadnionem przypuszczeniem. Może być, że zapalenie współczulne jest następstwem działania jakichś toksalbuminów *(lymphangioitis toxica?)*, które wytworzyć mogą mikroorganizmy, jeśli się dostaną i do wnętrza gałki, jednakże w tych razach organizm oddziaływa zwykle gorączką i innemi objawami; a jedyny przypadek Pflügera, który spostrzegał gorączkę w rozpoczynającem się zapaleniu współczulnem oka, nie może służyć jeszcze za dowód, lecz co najwięcej, wskazywać dalsze badania w tym względzie. *(Archiv f. Augenheilkunde T. XXVI. 3. 4.)* *Dr. Brudzewski.*

Patologia.

J ó z e f Z a w a d z k i: **O siarkowodorze w żołądku rozszerzonym.**

W żołądku rozszerzonym i wypełnionym zalegającą treścią pokarmową wywiązuje się siarkowodór wskutek rozpadu substancyj białkowatych. Z. przytacza 4 przypadki z rozstrzenią żołądka powstałą wskutek blizny po wrzodzie okrągłym w części odźwiernikowej.

W badanej treści wykazywano siarkowodór, używając do tego papierków napojonych octanem ołowiowym, które zawieszone nad naczyniem z treścią żołądkową w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu czerniały stosownie do ilości siarkowodoru. Odczyn ten znikał po kilkorazowych dokładnych przepłókiwaniach żołądka a więc po usunięciu zalegających pokarmów.

Siła wydzielnicza żołądka we wszystkich przypadkach była bardzo znaczna; HCl znajdował się w ilości dochodzącej do 0,2%. Wobec doświadczeń Sieberowej i Miquela wykazujących, że już 0.1% rozczyny kwasu solnego są w stanie przez 24 godzin powstrzymać rozpad białka, zaznacza Z., że treść zalega w rozszerzonym żołądku znacznie dłużej, skutkiem czego rozczyn HCl znajdujący się w żołądku nie wystarcza do powstrzymania rozpadu substancyj białkowatych. Że siarkowodór nie wywołuje zatrucia ustroju, należy tłumaczyć w części zmniejszeniem się zdolności chłonienia w żołądku rozszerzonym, w części zaś samozachowawczą czynnością odporną ustroju.

Dr. Ludomił Korczyński.

Zapiski terapeutyczne.

Użycie zżeradeł do leczenia raka jest tylko wtedy stósowne, jeżeli się można po niem spodziewać skutku dostatecznego, t. j. zupełnego zniszczenia tkanek chorobowych. Dlatego zdaniem Lewisa do leczenia zżeradłami nadają się przede wszystkiem raki skórne tem bardziej, iż blizna po zżeradłach jest piękniejsza, niż po operacyi, pod warunkiem, że się oszczędzi tkanki łącznej podskórnej.

Stósownie do rozmiarów nowotworu używa Lewis różnych zżeradeł *(caustica)*.

Jeżeli narośl jest bardzo mała, brodawkowata, nadaje się maść Jenningsa:

4)	Rp.	*Vaselini*	6·00
		Kali kaustici	12·00
		Cocaini muriatici	2·00

Używając tej maści trzeba baczyć, by działanie jej w razie potrzeby ograniczyć za pomocą kwasu octowego.

Jeżeli rak jest rozleglejszy, używa Lewis ciasta czyli pasty Marsdenowskiej, złożonej z 10 gramów kleiku z gumy arabskiej *(mucilago gummi arabici)* i 20 gramów kwasu arsenawego czyli arszeniku białego.

Pastę tę dosyć gęstą nakłada się na raka, oddaliwszy poprzednio rozczynem ługu żrącego przyskórek. Uważać należy, by za jednym razem nie pokryć tą pastą więcej, niż 2 do 3 cm. kwadratowych. Na pastę daje się warstwę waty i tak to zostawia, dopóki nie zobaczy się żywego zapalenia brzegów, co następuje zwykle po 3 lub 4 dniach. Po odsłonięciu okazuje się strup a po jego odpadnięciu czysta rana, gojąca się zwykłym sposobem.

Jeżeli chce się użyć zżeradła na powierzchnię znaczniejszą, niż to można zrobić z pastą Marsdenowską, można użyć w ten sam zresztą sposób maści następującej:

5)	Rp.	*Arsenici*	1·00
		Mercurii sublimati corr.	0·50
		Cinnabaris	5·00
		Salis ammoniaci	5·00
		Amyli puri	120·00
		Salut. 12° zinci chlor.	245·00

Maść ta jednak wywołuje ból większy, niż maść Marsnowska.

Hue w Rotomagu (Rouen) używa w podobny zupełnie sposób do usuwania raków skórnych z bardzo dobrym skutkiem ciasta żrącego Kosmy według przepisu:

6)	Rp.	*Arsenici albi*	1·00
		Cinnabaris	5·00
		Spongiae calcinatae	2·00

Proszek ten zarabia się z małą ilością wody na ciasto, które przykłada się na nowotwór, bacząc, by naraz nie pokryć więcej, niż 3 cm. kwadratowe. Na to daje się kawałek zwilżonej hubki i zostawia się wszystko tak, dopóki strup pod tem powstały sam nie odpadnie, co nieraz następuje dopiero po 10 do 30 dniach. Wtedy powtarza się całą tę procedurę, jeżeli potrzeba, w miejscu sąsiedniem. Po odpadnięciu strupów zwykłe opatrzenie przeciwgnilne.

La médecine moderne. 3. Stycznia. 1894).

IV) †
Dr. Władysław Jabłonowski.

Bolesną i niespodziewaną wiadomość przyniósł nam telegram z półwyspu bałkańskiego. Dnia 9-go b. m. zakończył w Burgas tułacze życie Dr. Władysław Jabłonowski, lekarz w międzynarodowej służbie zdrowia, członek korespondent Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, pisarz płodny i wykwintny, delegat Wysokiej Porty w misyach naukowych i zdrowotnych i t. d.

Ś. p. Władysław Jabłonowski pochodził z Grodzieńskiego. W młodocianym wieku przybył przed 30 laty do Galicyi i wstąpił na Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiell. a po kilkoletniej tu pracy udał się do Wiednia i po otrzymaniu dyplomu doktora medycyny wyjechał w r. 1867 do Konstantynopola. W owym czasie koczujące plemiona Yemenu wypowiedziały posłuszeństwo władzy otomańskiej; tak z powodu zabójczego dla cudzoziemców klimatu, jak i niezmierzonych przestrzeni pustyni, Arabowie stawili opór nie do pokonania. Rząd W. Porty zmuszony był wysłać przeciwko nim poważne siły, na czele których postawił najwybitniejszą osobistość w państwie, Namyka Baszę, obdarzając go władzą niemal monarszą. Przyjmując to stanowisko, wielkorządca Bagdadu położył warunek, że dodany mu będzie wysoko w swym zawodzie wykształcony lekarz Europejczyk. Wybór padł na ś. p. Jabłonowskiego. Po kilkoletniej walce, pokonawszy synów pustyni, Namyk Basza powrócił do stolicy a z nim jednocześnie Jabłonowski, którego natychmiast mianowano lekarzem wojskowym w Hercegowinie. Podczas ostatniej wojny wschodniej otrzymał przeznaczenie na armeńskim placu boju, gdzie w obleganych twierdzach zdrowie nadwerężył. Po wojnie przebywał kilka lat, zawsze jako lekarz wojskowy, w albańskiem mieście Prylepie a wreszcie ustępuje ze służby wojskowej i osiada w Carogrodzie. Grasująca w Persyi dżuma zniewoliła rządy europejskie do wywarcia nacisku na W. Portę, ażeby wysłała uzdolnionego lekarza do Irak-Arabii a to w celu naukowego zbadania zarazy i przedsięwzięcia takich środków państwowych i sanitarnych, któreby zdołały zasłonić od zarazy Turcyę i Europę. Na tę trudną, ważną a bardzo długą i niebezpieczną misyę władze tureckie miały tylko jednego kandydata: był nim Władysław Jabłonowski. Ze steranem zdrowiem powrócił autor *Szkiców sanitarnych w Persyi* do Europy a po wypoczynku i powrocie do zdrowia, przyjął posadę lekarza międzynarodowej służby sanitarnej w bułgarskim porcie Burgas, gdzie i dokonał pracowitego, nieskazitelnego żywota.

Wszechstronnie wykształcony, obdarzony wyższym umysłem i gruntowną wiedzą lekarską, potrafił ś. p. Jabłonowski na każdym z tych stanowisk poczynić cenne dla wiedzy spostrzeżenia, które ogłaszane drukiem w czasopismach lekarskich, budziły żywe zainteresowanie się w naszym świecie lekarskim.

Do ważniejszych prac zmarłego należą następujące rozprawy:

1) *O opatrunkach przeciwgnilnych podług źródeł angielskich i francuskich.* (Medycyna, 1876). 2) *Służba zdrowia w wojsku tureckiem. Przyczynek do historyi powstania w Hercegowinie.* (Medycyna, 1876). 3) *Szkice położnicze ze Wschodu.* (Przegląd Lekarski, 1882). 4) *Lekarze i leczenie w Turcyi* (Przegląd Lekarski 1882). 5) *Zaraza morowa i cholera na Wschodzie w r. 1881.* (Przegląd Lekarski 1882). 6) *O poronieniach w Turcyi.* (Przegląd Lekarski 1883). 7) *Higiena noworodków i kobiet ciężarnych w Turcyi.* (Przegląd Lekarski 1883). 8) *Kazuistyka lekarska w Turcyi.* (Przegląd Lekarski 1883). 9) *Dżuma w Iraku arabistańskim.* (Przegląd Lekarski 1885). 10) *Szkice sanitarne z Persyi.* (Przegląd Lekarski 1885, 1887). 11) *Cholera w Europie od r. 1884 do 1887.* (Przegląd Lekarski 1888). 12) *Listy z Albanii* (Przegląd Lekarski 1889). 13) *Przyczynki do epidemiologii Wschodu.* (Przegląd Lekarski 1891—1894).

Jak ś. p. Jabłonowski pojmował swój stosunek do zawodowej literatury ojczystej, niech świadczy powyższy spis prac zmarłego, które ogłosił bezinteresownie. Jako członek korespondent Towarzystwa lekarskiego krakowskiego brał on, o ile to było możebne z oddalenia, udział w jego sprawach a hojne datki na fundusz tablicy pamiątkowej dla ś. p. Kopernickiego i na przeniesienie zwłok ś. p. Wóycikowskiego na nowy cmentarz w Dijon, czyż nie dowodzą, że żyjąc na obczyźnie, duszą przebywał w łonie swego społeczeństwa i nasłuchiwał tętna jego serca. Powszechnie szanowany i ceniony przez obcych, wysoko dzierżył czysty sztandar swego narodu i swego zawodu. W Jabłonowskim zgasł obywatel nieskazitelny, pełen hartu i cnoty, lekarz światły i ofiarny, człowiek serca i rozumu.

Tych kilka słów skromnych, które podyktowała prosta sprawiedliwość i wdzięczne serce trzydziestoletniego przyjaciela, niech mu staną za grudkę ziemi ojczystej, której, osamotnionemu za życia, nie rzuci żadna ręka swojska na świeży, „niepłakany“ grób na obczyźnie.

Dr. August Kwaśnicki.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 11. Stycznia 1894 r.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbytem dnia 10. b. m. odczytali: sekretarz stały Dr. Kwaśnicki zdanie sprawy z czynności i stanu Tow. lek. w r. 1893, prof. Cybulski ze stanu funduszów *Przeglądu lekarskiego*, Dr. Śliwiński z czynności Komisyi przemysłowo-lekarskiej, doc. Trzebicky z czynności Komisyi sprawozdawczej z prac polskich do roczników Virchowa i Hirscha, prof. Mars z funduszów na budowę własnego domu Towarzystwa, Dr. Murdzieński ze stanu biblioteki. Po przemówieniu ustępującego prezesa prof. Łazarskiego zabrał głos prof. Gluziński i podziękował w imieniu członków przewodniczącemu za trudy i starania koło Towarzystwa w roku ubiegłym, poczem nowo obrany prezes Dr. Kwaśnicki objął przewodnictwo i w treściwem przemówieniu przedstawił swe poglądy na stan i zadania Towarzystwa a w końca podał bolesną wiadomość o zgonie członka korespondenta Towarzystwa Dra Władysława Jabłonowskiego.

— Komisya sanitarna krakowska odbyła w dniu 8. b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którem uchwalono: I) Pozwolić wydobywać lód: *a*) z Wisły powyżej dawnej rogatki zwierzynieckiej i poniżej Dąbia, *b*) z Prądnika powyżej zakładu kontumacyjnego a z Rudawy powyżej drogi łobzowskiej, *c*) Ze stawów na Olszy a na Półwsiu Zwierzynieckiem ze stawu większego i wogóle z tych miejsc, co do których wydadzą właściwe władze pozwolenie, *d*) w obrębie miasta nie pozwolić nigdzie wydobywać lodu, gdzie jest podejrzenie zanieczyszczenia dopływami.

II) Starać się o stosowniejsze pomieszczenie łazienek na Wiśle.

III) Nie pozwolić brać wody z Wisły do kąpieli poniżej wylotu kanałów.

IV) Przyjęto do wiadomości daty statystyczne odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w r. 1893 w m. Krakowie. Razem umarło 3144 osób, t. j. 40·7 według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców. Bez obcych umarło 27·2. Chrześcian umarło 45·9, starozakonnych 27·3. Z chorób zakaźnych umarło 25·7% wszystkich zmarłych a mianowicie: 164 osób z ospy, 73 z odry, 77 z płonicy, 130 z dławca i błonicy, 12 z krztuśca, 54 z duru brzusznego, 10 z duru osutkowego, 7 z cholery, 34 z czerwonki, 17 z gorączki połogowej, 199 z zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nagminnego, 22 z innych chorób zakaźnych. Z gruźlicy umarło 413 osób, z zapalenia płuc 571, śmiercią gwałtowną 53 osób.

— Dr. Święcicki w Poznaniu został stałym współpracownikiem Frommla *Jahresbericht für Geburtshilfe und Gynaekologie* i dlatego jest rzeczą pożądaną, by autorowie Polacy, pragnący uwzględnienia swych prac w owych rocznikach, przysyłali mu je w odbitkach.

— Ósmy międzynarodowy kongres higieniczno-demograficzny odbędzie się, jak wiadomo, w bieżącym roku w Budapeszcie od 1. do 9. Września z następującym rozkładem dziennym: 1. Września powitanie wieczorem, 2. Września otwarcie kongresu, 3., 4., 5., 7. i 8. Września posiedzenia sekcyjne. 9. Września zamknięcie kongresu. Dzień 6. Wrześ-

nia służyć ma na odpoczynek i małe wycieczki objęte programem. Czwarty dzień posiedzeń przeznaczony jest do jeneralnej dyskusyi nad błonicą w połączonych sekcyach: bakteryologicznej, zapobiegawczej i higieny dziecinnej. Przedmiotem do dyskusyi w tej sprawie będzie elaborat osobnej komisyi międzynarodowej. Po zamknięciu kongresu ma się odbyć wspólna wycieczka do Konstantynopola ze zwiedzeniem po drodze Belgradu, zkąd przyszło osobne w tej mierze zaproszenie.

— Zwracamy uwagę na ogłoszenie Prezydyum Izby lekarskiej krakowskiej umieszczone na ostatniej stronicy.

— Ze względu na międzynarodowy zjazd lekarski w Rzymie, nie odbędzie się w bieżącym roku kongres medycyny wewnętrznej a zjazd niemieckich chirurgów przełożono na dnie od 18. do 21. kwietnia b. r.

— Tegoroczny zjazd psychiatrów i newrologów z Francyi i krajów używających języka francuskiego odbędzie się w Clermont-Ferrand od 6. do 11. Sierpnia. Szczegółowo zajmować się będzie zjazd następującemi kwestyami: *a)* z zakresu chorób umysłowych: o stosunku histeryi do obłędu (sprawozdawca prof. Gibbert Ballet z Paryża), *b)* z zakresu chorób nerwowych: o zapaleniach nerwów obwodowych (sprawozdawcą prof. P. Marie z Paryża) i *c)* z zakresu prawodawstwa i administracyi: o pomocy publicznej i prawodawstwie względem alkoholistów (sprawozdawcą Ladame, docent prywatny z Genewy).

— Dr. Sajous wydał już 5 tomów swego *Annual of the universal medical sciences*, obejmującego zdania sprawy za lata 1892 i 1893, zebrane z 1100 dzienników lekarskich (między niemi i z *Przeglądu lekarskiego*) i 200 dzieł, rozpraw i broszur publikowanych prawie we wszystkich językach świata cywilizowanego. Wydawnictwo to jest bardzo staranne tak pod względem treści, jak i formy zewnętrznej i daje współpracownikom naszych pism zawodowych rekojmię, iż prace ich dostaną się także i do piśmiennictwa angielskiego.

— Dr. Abbott w Hamburgu (w Stanie nowojorskim w Ameryce) twierdzi, iż jeżeli kobieta zastąpiła tuż przed peryodem, przychodzi na świat chłopiec, jeżeli zaś po peryodzie, rodzi się dziewczyna.

— Na mocy prawa z 30. Listopada 1892 r. a rozporządzenia ministerstwa spraw wewnętrznych francuskiego obowiązani są lekarze, urzędnicy zdrowia i akuszerki donosić władzy o pojawieniu się następujących chorób zakaźnych: 1) duru brzusznego, 2) duru osutkowego, 3) ospy, 4) płonicy, 5) błonicy (dławca), 6) pokrzywki, 7) cholery i chorób do niej podobnych, 8) dżumy, 9) febry żółtej, 10) czerwonki, 11) chorób połogowych (jeżeli nie chodzi o tajemnicę położnicy) i 12) zapalenia ócz u noworodków.

Dziwnym zapewne sposobem nie znajdujemy w tym spisie wścieklizny, nosaciny, zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nagminnego i tężca.

— Na posiedzeniu akademii lekarskiej w Paryżu odbytem dnia 2. b. m. zdawał Porak sprawę ze swych badań nad przechodzeniem z matki do płodu różnych trucizn, jak arsenu, ołowiu, rtęci, fosforu, atropiny i alizaryny; wypada z nich, że arsen przechodzi łatwo do płodu przez łożysko, również miedź, która później nagromadza się przeważnie w wątrobie a w małej ilości i w mózgu. Ołów dostaje się przeważnie do mózgu i do skóry. Rtęć gromadzi się niekiedy w łożysku. Alizaryny nie można było wykazać ani w łożysku ani w płodzie.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dr. Napoleon Juszkiewicz, przeżywszy lat 52 w Petersburgu. Dr. Józef Grodnicki w Koninie, przeżywszy lat 77. Dr. Apolinary Wyhowski w Tytusówce pod Berdyczowem, przeżywszy lat 59.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* nrze 1: F. Kijewski: O ropniach podprzeponowych; A. Ciągliński: Przypadek tak zwanej choroby Littla; A. Sokołowski: Kilka słów w kwestyi stósowania kreozotu przy leczeniu suchot płucnych. — W *Medycynie* nrze 1: Prof. Kosiński: O promienicy brzusznej ze względu na jej podobieństwo do nowotworów; H. Dobrzycki: Rzadki przypadek nabytego przemieszczenia wątroby u 25-letniego mężczyzny; B. R. Gepner: Dwa przypadki torbieli tęczówki.

Redakcya otrzymała:

Przyczynki do anatomii patologicznej i medycyny klinicznej dla uczczenia 70. rocznicy urodzin Włodzimierza Brodowskiego, profesora anatomii patologicznej w uniwersytecie cesarskim warszawskim, wydane przez Jego uczniów i asystentów. Warszawa. 1893. Wizerunek Jubilata, przedmowa i 218 str.

Z. Dmochowski i W. Janowski: Dwa przypadki zapalenia ropnego dróg żółciowych. Warszawa 1893 (osobna odbitka z dzieła powyższego).

W. Janowski: Przypadek porażenia kończyny dolnej pochodzenia rdzeniowego (osobna odbitka również z dzieła powyższego).

W. Janowski i Z. Dmochowski: Przyczynek do nauki o własnościach ropotwórczych lasecznika tyfusowego. Warszawa 1893. (Odbitka z Pamiętnika Tow. lek. warsz.).

L. Guranowski: O ostrem zapaleniu ucha średniego w przebiegu influency. Warszawa 1893. (Odbitka z *Medycyny*).

Sprostowanie. W artykule Dra Wachholza w nrze 1. z b. r., str. 4, szp. II., w. 14 od góry zamiast »równe i zgęszczone«, powinno być »równego zgęszczenia«.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się ogłoszenie p. Swiderskiej p. t. Zakopane.

Izba lekarska w Krakowie.

Odezwa.

Izba lekarska w Krakowie na posiedzeniu odbytem dnia 4. listopada 1893 postanowiła na pokrycie potrzeb Izby za r. 1894 opłatę w kwocie czterech złr. w. a. przez każdego lekarza uiścić się mającą w ciągu pierwszego półrocza tegoż roku.

Zawiadamiając o tem postanowieniu wszystkich P. T. lekarzy, w okręgu Izby lekarskiej krakowskiej stałą siedzibę mających, wzywam Ich niniejszem uprzejmie, aby powyż wzmiankowaną opłatę w oznaczonym terminie złożyli na ręce podskarbiego Izby **prof. Dra Łazarskiego** (Kraków, ul. Starowiślna Nr. 8).

Zarazem wzywam tych P. T. lekarzy, którzy dotychczas opłaty (dwa złr. w. a.) za drugie półrocze r. 1893 na rzecz Izby lekarskiej nie złożyli, aby takową w jak najkrótszym czasie na ręce podskarbiego Izby nadesłali.

Kraków, d. 13. stycznia 1894.

Prof. Dr. M. Jakubowski
prezes Izby lek. w Krakowie.

70—1—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.